

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52777172	YUDITH QUIROZ TAMAYO		transversal 19 No 34c - 25 Manzana 16 Casa 28	0000000	yuapao1981@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	91758900	TOTAL A PAGAR \$520.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	197.300	0		0		0	0	0	0	197.300	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	252.600	0	0	0	0	0	0		252.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	38.500				38.500	0	0	38.500			385	38.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF21	Cafam				860013570-3	31.600	0
						0	
						0	
						31.600	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	197.300	197.300
Pensión	1	252.600	252.600
Riesgos Laborales	1	38.500	38.500
CCF	1	31.600	31.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	520.000	520.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52777172	YUDITH QUIROZ TAMAYO		transversal 19 No 34c - 25 Manzana 16 Casa 28	0000000	yuapao1981@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	91758900	10
					TOTAL A PAGAR
					\$520.000

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase de Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	APP	VCT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52777172	QUIROZ TAMAYO YUDITH	59	0	N																		231001	1.578.240	252.600	0	0	0	0	EPS008	1.578.240	197.300	14-7	1.578.240	3	38.500	CCF21	1.578.240	31.600	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	YUDITH QUIROZ TAMAYO			CC:	52777172
CORREO ELECTRÓNICO:	YUAPAO1981@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3195590419
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 19 34C 25 MZ 16 CS 28			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	473800098922
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° DEL CONTRATO:	PS 1162 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 3.945.600	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/01/15	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31				
 YUDITH QUIROZ TAMAYO PS_1162_2025_0362FC NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YUDITH QUIROZ TAMAYO CC: 52777172 CEL: 3195590419					

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

YUDITH QUIROZ TAMAYO

CON C.C N°

52.777.172

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1162 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 14.677.632	No. HORAS EJECUTADAS	200
----------------------------	---------------	----------------------	-----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 50.819.328	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 3.945.600
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRECE (13) MESES
---	------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	CENTRO DE SALUD BELLO HORIZONTE
---	---------------------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO
------------------------	-----------------------------

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
------	---

1	1.Realizar la prestación del servicio sujetándose a la normatividad vigente en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud para el ejercicio de la profesión de enfermería, acogándose a las guías y protocolos definidos por la subred.
2	2.Realizar la Consulta, asesoria de Planificacion Familiar y/o Consejeria de Pretes y Postes, garantizando el uso adecuado de los insumos (Pruebas rápidas- VIH, hepatitis B, sífilis, pruebas de embarazo requeridas en el servicio y los procedimientos de toma de Citologías, VPH y demanda inducida en población de menores de 25 años según criterio médico y mayores de 25 años a 65 años.
3	Realizar el Control Prenatal y Preconcepcional, la Consejeria en Lactancia a maternas y madres en periodo de lactancia
4	Realizar la Talleres con pacientes Cronicos (Control de signos vitales, peso y talla,educacion, actividades fisica y ludica,demanda inducida de programa pyp)
5	Elaborar historia clínica y anexos a todo paciente atendido de acuerdo a la normatividad vigente y las políticas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
6	Realizar la Consulta de Valoracion en atencion Integral en Salud y Nutricion menores de 17 años (Valoracion fisica, clasificación nutricional, evaluación del desarrollo psicomotor, seguimiento de vacunacion,suplementacion nutricional, desparasitacion,) y demanda inducida basada en la atención de la resolución 3280 según la necesidad.
7	Diligenciar el registro individual de atención en salud (RIPS) de todos los usuarios adecuada y oportunamente en el marco de cada consulta en el aplicativo DINAMICA
8	Brindar Educacion en salud integral en derechos sexuales y reproductivos, Estrategia IAMII, Guías alimentarias,habitos del sueño, actividades fisicas
9	Garantizar el reporte de los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la norma vigente.
10	Realizar el cumplimiento de las normas de bioseguridad, limpieza y desinfección conforme a los protocolos y guías de la subred.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 91758900	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR	2025/12/11	\$ 197.300
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/12/11	\$ 252.600
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/12/11	\$ 38.500
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 488.400
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.			
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)			
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .			
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.			
VII. ANEXOS			
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)			
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 YUDITH QUIROZ TAMAYO PS_1162_2025_0362FC YUDITH QUIROZ TAMAYO CC: 52777172		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO PS_1162_2025_0362FC FERNANDO MONTENEGRO SALCEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO		